

DE LA

RHINITE CASÉEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 juillet 1919

PAR

Louis SIVAN

Né à Tourves (Var), le 13 novembre 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	RAUZIER, professeur, <i>président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		MOURET, prof.-adj.		
		GAUSSEL, agrégé.		
		EUZIÈRE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1919

DE LA

RHINITE CASÉEUSE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 98

DE LA

RHINITE CASÉEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 juillet 1919

PAR

Louis SIVAN

Né à Tourves (Var), le 13 novembre 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ RAUZIER, professeur, *président*.
MOURET, prof.-adj.
GAUSSEL, agrégé.
EUIZIÈRE, agrégé.

{ *Assesseurs*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESSEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Chirurgie chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEI (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (☿).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N. . .
Clinique médicale.....	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O * ☿) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBRYRAN * ☿, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON * (☿) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ☿).	J. DELMAS (☿).	PECH * (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD *.	

Examineurs de la thèse.

MM. RAUZIER, professeur, président.	MM. GAUSSEL, agrégé.
MOURET, professeur adj.	EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de ma tendresse.

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR

A MES TANTES M.-E. SIVAN

*Elles furent si bonnes et si
dévouées pendant toutes nos
études.*

A LA MÉMOIRE
DE MON ONCLE L'ABBÉ J. SIVAN

A LA MÉMOIRE
DE MA TANTE ET DE MON ONCLE GUION

A LA MÉMOIRE
DE MON ONCLE LIAUTARD

A LA MÉMOIRE
DE MA TANTE GUIEN

A MES COUSINS ET COUSINES

MEIS ET AMICIS

L. SIVAN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE
ET DES HOPITAUX DE MARSEILLE

L. SIVAN.

DE LA

RHINITE CASÉEUSE

INTRODUCTION

Le sujet de notre travail est un peu spécial ; il a trait à une affection nasale assez curieuse et au sujet de laquelle on a beaucoup discuté avant nous, car il ne laisse pas de présenter certaines particularités singulières surtout au sujet de la pathogénie du mal qui nous occupe.

Nous avons eu l'occasion de voir, dans le service de Monsieur le professeur Mouret, une malade opérée pour polype du nez à qui on enleva, à la suite de son polype, une grande quantité de matière caséeuse, d'odeur très fétide ; elle guérit rapidement après le nettoyage complet de la fosse nasale obstruée. Le diagnostic fut posé de polype du nez compliqué de rhinite caséeuse.

Il nous a paru intéressant de nous documenter sur cette affection peu banale et de publier l'observation relative à cette malade dans notre thèse inaugurale.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le coryza caséeux, a été décrit pour la première fois sous ce nom, par le professeur Duplay, dans son *Traité de pathologie externe* en 1874. Il le définit ainsi :

« C'est une maladie caractérisée par l'accumulation dans l'intérieur des cavités nasales d'une matière caséuse, analogue au contenu de certains kystes sébacés, et qui peut former des dépôts assez considérables pour déformer le visage et amener la perte de l'odorat. »

Duplay ajoute que cette affection est très rare et a presque toujours été méconnue. Il la rapproche du coryza chronique et de l'ozène. Il publie quelques observations et rappelle des cas publiés par Maisonneuse, sous le titre de kystes butyreux de la face, en 1865.

Depuis la description de Duplay, les divers auteurs de traités de pathologie chirurgicale publiés en France ont continué à consacrer un chapitre au coryza caséeux, ainsi que le firent Péan (1874), Terrier (1881), Tillaux (1887). Kirmisson (1888). Brochin en parle dans l'article coryza du *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*

Par contre, à l'étranger, la description de Duplay est

passée à peu près inaperçue. Ni B. Fraenkel (1879), ni Albert (1884), n'en font mention. Cependant, Rœnick (1888), rappelant les observations de Maisonneuve, signale les masses caséeuses trouvées dans le sinus maxillaire.

Les ouvrages spéciaux qui parurent ensuite, Michel (1879), Stœrk (1880), Bretchers (1884), l'*Encyclopédie* de Gottssein, ne lui donnent point de place.

De même, en Angleterre, le *Grand Traité* de Morell Mackensie ne cite pas la rhinite caséeuse de Duplay.

Mais en Italie, sa description inspira un article de Cozzolino qui, dès 1884, lui consacrait quelques pages et devait revenir sur la question au Congrès français de chirurgie en 1889 (rhinite caséeuse ou choléstéatomateuse).

Cette même année, Potiquet, dans la *Gazette des Hôpitaux*, publiait une étude très documentée et relatait trois observations rédigées depuis la description de Duplay — cas d'Azambrija (1874), Périer (1879) et Bournanville (1885), — oubliant l'observation de Catta Preta donnée dans le *Brazil Med.*, Rio-de-Janeiro, en 1887.

Mandroux, dans sa thèse en 1890, refait l'étude de Potiquet.

Wagnier et Bories (1890) publient de nouvelles notes ; mais il faut arriver en 1894 pour trouver le travail par Beausoleil à l'étiologie et à la pathogénie de cette maladie.

En Australie, nous trouvons un travail de Nyulasy (1892). •

Klingel, en 1895, s'en occupa en Allemagne ; mais il faut reconnaître que la plupart des mémoires originaux parus de 1895 à 1905 sur cette question sont d'origine italienne. Il nous suffira donc de citer, en dehors de celui de M. C. Bride (1894), ceux de Strazzi (1893), Mas-

sei, Cimmino (1894), Arslan (1895), Masini (1900), de Rosa, Guarnaccia (1901) et surtout, Martiselli (1899), qui distingue la rhinite caséuse vraie de la pseudo rhinite caséuse.

Il importe aussi de noter l'article de Castaz, dans le *Traité de Médecine et de Thérapeutique* de Brouardel et Gilbert (1900), les articles des ouvrages classiques (traités de pathologie et dictionnaires) et enfin quelques notes très récentes, où il convient de remarquer celle de J. Bark (1903).

Dardel, dans le *Bulletin de la Société française de laryngologie* (1905), *Traité des difficultés de diagnostic de la rhinite caséuse au début* et Duverger, l'année suivante, publie, dans la *Revue hebdomadaire de laryngologie*, un article intitulé : « Aspergillose des fosses nasales et coryza caséux ».

Nous le retrouvons décrit dans le *Guide pratique des maladies de la gorge, du larynx, des oreilles et du nez*, de Goure et Brindel (1908).

CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étude de l'étiologie du coryza caséeux, ne présente pas grand intérêt. Sauf la rareté du mal, (deux fois sur cinq mille patients des fosses nasales ; Cozzolino). On le rencontre généralement à l'âge adulte, peut-être plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. On retrouve souvent dans les observations des malades une prédisposition au coryza, marquant peut-être le début de la formation de polypes du nez, parfois des antécédents syphilitiques ou le séjour prolongé d'un corps étranger. Quelquefois un érysipèle (Maisonneuve) ou une sinusite.

Les théories pathogéniques invoquées pour expliquer la rhinite caséuse sont nombreuses et de leur multiplicité, on peut, d'ores et déjà, conclure que de même que pour les polypes dits muqueux des fosses nasales, s'il y a diverses explications pathogéniques toutes fondées au dire de leurs auteurs sur des observations de faits, c'est qu'il y a aussi diverses causes produisant le même symptôme.

Duplay, ayant remarqué la fréquence d'un érysipèle au début de la maladie, estimait que le mal s'était propagé à

la muqueuse nasale. « Il est probable, dit-il, que dans ce cas, la cause de la maladie doit être recherchée dans l'exfoliation épithéliale qui a lieu dans l'érysipèle ». Il n'est nullement prouvé, ainsi que le fait remarquer Rodiguet, que cet érysipèle, ne soit pas simplement un gonflement inflammatoire dû aux sécrétions nasales.

Maisonneuve avait parlé des kystes butyreux de la face.

Cozzolino attribuait l'affection à la scrofule nasale, ce qui paraît surprenant étant donnée la rapidité avec laquelle on peut obtenir la guérison. Il n'en est certes pas de même dans les diverses tuberculoses.

D'après Martucelli, on doit distinguer une rhinite caséuse vraie, caractérisée par la présence du *streptothrix alba*, et une rhinite pseudo-caséuse due à la rétention, dans les cavités nasales, de matières purulentes, provenant du nez et des cavités accessoires. La première constitue une véritable entité morbide. Martucelli aurait pu reproduire la maladie chez le cobaye par la culture du microbe qu'il estimait pathogène.

Après lui, Beausoleil découvrit une bactérie filamenteuse analogue au streptothrix alba, d'après Guarnaccia.

Duverger a trouvé dans les masses caséuses, l'aspergillus malignus de Linot, tandis qu'Arslan n'y voyait que les microbes ordinaires de la suppuration et notamment le staphylocoque.

Pour Dardel, il faudrait distinguer deux formes : l'une symptomatique, secondaire, pouvant être la conséquence d'un calcul, d'un corps étranger accidentel, d'une tumeur (polype) d'une anomalie nasale (déviation de la cloison), d'une infection voisine (sinusite). Dans ce cas là, l'obstruction nasale faciliterait la stagnation du pus et sa transformation en caséome. L'autre forme serait primitive, due à une rhinite simple, caséuse d'emblée ;

sa cause échappe, l'auteur publie quatre observations de ce genre, mais il est à constater que, dans ces cas là, il ne fut pas procédé à un examen bactériologique et qu'il ne fit pas de ponction du sinus.

Cette forme primitive ne nous paraît pas facile à admettre à priori.

Dans la grande majorité des cas, il a d'ailleurs été trouvé un obstacle à l'écoulement des sécrétions purulentes. Le pus se compose d'un élément liquide du au sérum extravasé et d'un élément solide (globules de pus). Par suite de la stagnation, le premier se résorbe, le pus devient épais les microbes ou les champignons de la putréfaction s'y mêlent et cette masse se décompose.

De même que chez certains otorrhéiques, on trouve le conduit encombré de masses caséuses malodorantes qui exigent un lavage assez fort sous pression pour être extraites. On observe parfois de telles masses caséuses au centre des tumeurs cholestéatomateuses.

Cozzolino et Maguier, rapprochant des faits semblables, ont pensé à tort à assimiler les amas de la rhinite caséuse aux masses cholestéatomateuses de l'oreille. La rhinite caséuse ainsi que le cholestéatome de l'oreille peut avoir tendance à se développer et à former une véritable tumeur dure, envahissante, mais on n'y rencontre jamais les éléments épidermiques disposés systématiquement dans le cholestéatome de l'oreille.

Pour terminer cette étude pathogénique, nous serons obligés de remarquer encore une fois que la rhinite caséuse apparaît plutôt comme un symptôme que peuvent présenter plusieurs affections nasales au cours de leur évolution, que comme une maladie spéciale ayant une étiologie et une pathogénie bien déterminées.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE ET ÉVOLUTION

La symptomatologie varie suivant la phase de la maladie.

On peut distinguer deux périodes.

- 1° Une période de début ;
- 2° Une période d'état.

1° La période de début est marquée par des symptômes de rhinite habituellement unilatérale. Elle correspond à la présence de masses caséeuses légères en voie de formation. Elle est la phase médicale (Dardel.) Elle est caractérisée, comme le fait remarquer cet auteur, par ce fait que c'est la rhinite qui domine toute la scène au point de vue clinique. Pour trouver les produits caséeux, il faut souvent les rechercher, bien que parfois le malade atteste en avoir mouché de petits amas, ce qui constitue alors un signe des plus probants. L'affection débute parfois (cas de Reverdier) par un écoulement nasal incessant. Le plus souvent c'est de l'enchifrènement progressif avec mauvaise odeur de l'haleine, nasonnement et troubles de l'odorat.

2° *Période d'état.* — Peu à peu, à mesure que les masses caséeuses se développent et obstruent la fosse nasale, la respiration devient pénible. On constate que les sécrétions purulentes épaisses que le malade mouche avec effort ne sont pas en proportion du degré d'obstruction et de la réaction inflammatoire de la rhinite. L'odeur de ces sécrétions est nauséabonde, mais, ainsi que Cartaz l'a fait remarquer, elle diffère de celle de l'ozène dont elle n'a pas la fadeur.

On observe parfois des poussées irritatives du tégument externe, se traduisant par de la tuméfaction et de la rougeur de la peau du nez, principalement au niveau de l'aile ou du rebord narinaire ; on peut même voir dans de rares cas, il est vrai, des abcès provenant de la suppuration due à une ostéite du voisinage compliquant la rhinite.

Ces manifestations ne sont pas sans s'accompagner de douleurs qui, parfois, consistent en une simple sensation de tension dans la région naso-frontale ou orbitaire, quelquefois maxillaire, mais peuvent être des douleurs violentes du côté atteint.

Objectivement, à la première période, l'examen nasal par l'endoscopie intérieure, décèlera des masses caséeuses limitées, dans un méat, par exemple ; de la rougeur et de la tuméfaction de la muqueuse nasale. On pourra établir le plus souvent les causes qui ont donné lieu au développement de la rhinite caséeuse (polype, sinusite, corps étranger.)

Il ne faudra pas négliger l'examen des sinus et particulièrement du sinus maxillaire qui peut être bien souvent le point de départ de la rhinite caséeuse. On a pu ainsi décrire (Moure, Des formes cliniques des sinusites maxillaires, *Revue de Laryngologie*, 1906) des sinusites

caséuses « caractérisées par la présence dans l'antre de grumeaux caséux qui détruisent parfois les parois de la cavité dans laquelle ils se sont développés, agissant à la manière du holoatéatome dans l'oreille. Ces accumulations de caséome sont susceptibles de déterminer la perforation de la paroi sinusienne soit du côté des fosses nasales, soit par la fosse canine, si le traitement actif n'arrive pas assez vite pour dégager le sinus des matières qu'il contient ». Ces sinusites caséuses se reconnaissent surtout à la présence dans le méat moyen de dépôts caséux analogues à ceux contenus dans l'antre maxillaire.

Dans l'observation que nous publions le sinus maxillaire était sain, mais on a pu noter de l'ostéite de l'ethmoïde avec formations caséuses dans les cellules ethmoïdales antérieures et particulièrement dans la bulle.

Lorsque les amas caséux se sont suffisamment développés, ils arrivent à obstruer toute la fosse nasale et forment une grosse masse dont les parois se modèlent sur le contenant. A l'examen, on l'aperçoit, elle est d'un gris-jaunâtre et se laisse facilement pénétrer par le stylet ou entamer par la curette. Elle peut être quelquefois de consistance plus ferme et plus élastique, rappelant le mastic du vitrier.

A l'examen microscopique on trouve des cellules épithéliales, des cellules graisseuses et des cristaux, d'acides gras, de cholestérine, des microbes divers et quelquefois l'aspergillus de Linot.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic de la rhinite caséeuse est fondé sur la constatation des signes précédemment décrits : il est plus particulièrement facile quand on peut noter l'excrétion par la narine de petites masses de pus caséeux.

En fait, si l'on a soin de faire, dans tous les cas, l'examen rhinoscopique, la maladie ne peut guère passer inaperçue qu'à sa période de début.

Le diagnostic doit être fait avec l'ozène et les diverses sinusites.

Dans l'ozène, on pourra établir l'existence d'une rhinite atrophique avec la formation habituelle de croûtes qui font absolument défaut dans la rhinite caséeuse, bien que des masses caséeuses desséchées puissent faire illusion dans une certaine mesure, comme on le verra après l'observation de Beausoleil. Les sinusites maxillaire, ethmoïdale et frontale se traduisent toutes par la présence de pus dans la fosse nasale et plus particulièrement dans le méat moyen, le pus peut être assez épais pour affecter l'apparence du caséum.

Il est bien difficile dans ce cas là de faire une distinc-

tion avec la rhinite caséeuse vraie, car les sinusites caséeuses, comme nous l'avons vu, n'en sont souvent qu'une manifestation ou le point de départ. L'exploration méthodique des sinus par l'éclairage et surtout par le cathétérisme ou la ponction permettra de porter à coup sûr le diagnostic de sinusite caséeuse.

Dans certains cas de rhinite caséeuse, la découverte des matières caractéristiques exige quelques recherches. Il ne faut pas hésiter à pratiquer avec un stylet l'exploration des méats et plus particulièrement du méat inférieur. Il faut éviter de s'en laisser imposer par les lésions concomitantes telles que ulcérations, tumeurs polypoïdes, etc. qui peuvent faire penser soit à la syphilis, soit à une affection cancéreuse. L'erreur la plus forte qui a été commise, fut celle de prendre la rhinite caséeuse pour un épithélioma de la pituitaire, (observations de Perier). On ne doit pas oublier non plus que la maladie qui nous occupe n'est qu'un symptôme et peut parfaitement coïncider avec une syphilis ou une tumeur nasale. Il pourra donc y avoir deux diagnostics à établir, celui de la rhinite caséeuse et celui de la lésion qui l'a provoquée. Nous n'oublierons pas non plus qu'à sa période d'état, la rhinite caséeuse peut en imposer pour une tumeur à tendances envahissantes pouvant déformer la face ainsi que le remarqua Duplay. En pareil cas, l'examen au spéculum s'impose pour établir le diagnostic.

Le pronostic de la rhinite caséeuse est essentiellement bon, puisque la littérature ne nous offre que des exemples de guérisons très rapides par une intervention bénigne et un traitement généralement assez simple. Il ne deviendrait sérieux que si on constatait, en même temps que la rhinite caséeuse, une lésion de nature plus grave (tuberculose, cancer ou syphilis).

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Il est très simple. Il consiste à débarrasser la fosse nasale des produits caséeux qui l'encombrent ; la guérison survient rapidement après un nettoyage complet.

Les masses caséeuses peuvent être extraites par des lavages pratiqués avec une seringue à hydrocèle ou un énéma. Parfois, il faudra s'aider de curettes ou de spatules pour arriver à détacher les blocs caséeux. Ces manœuvres devront être précédées de la cocaïnisation de la muqueuse nasale dans ses parties accessibles. Le badigeonnage à l'aide d'une solution forte de cocaïne (à 1/15° ou 1/10°) amènera une insensibilisation et surtout une rétraction suffisante de la muqueuse pour permettre l'exploration minutieuse de tous les recoins de la cavité.

Il paraît superflu de dire que le traitement dirigé contre la rhinite caséeuse devra être précédé ou suivi, suivant le cas, du traitement des lésions concomitantes, ainsi qu'il fut fait dans notre observation I, où l'on dut procéder à l'ablation d'un polype avant d'attaquer la masse caséeuse.

On a recommandé après le nettoyage de la cavité nasale le badigeonnage des muqueuses à la glycérine iodée ou à la solution à 1/50^e de nitrate d'argent. On pourra y recourir si l'on voit que la muqueuse est infectée ou ulcérée, mais le plus souvent c'est inutile. L'affection disparaît d'elle-même après un simple nettoyage bien fait.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

(Service de M. le professeur Mouret)

Mme A... Marguerite, âgée de 50 ans, habitant à Cette (Hérault), entre le 12 juin 1919, dans le service d'oto-rhino laryngologie de l'Hôpital Général pour polype de la fosse nasale droite. Ce diagnostic a été porté à la consultation externe quelques jours auparavant.

Le début de la maladie ne paraît pas facile à établir. Madame A. est sujette aux coryzas depuis très longtemps et elle a toujours beaucoup mouché. Cependant depuis plus d'un an, elle s'est aperçue que la respiration par la narine droite devenait de plus en plus difficile. Les sécrétions nasales se faisaient plus épaisses, malodorantes et la malade avait de plus en plus de la gêne pour les expulser. Cet enchifrènement est allé en augmentant, s'accompagnant de maux de tête et de sensations douloureuses dans la région frontale et au niveau de l'orbite droit.

Interrogée à son entrée, la malade accuse une douleur constante, sourde, gravative qu'elle localise au niveau du

du front et de la racine du nez. Cette douleur se propage parfois à l'œil droit et à la mâchoire supérieure. Elle se plaint d'avoir la narine droite complètement obstruée et de ne pas pouvoir respirer de ce côté. Cette obstruction nasale s'accompagne de sensations de tension et de plénitude dans le nez, très gênantes.

Elle éprouve beaucoup de difficultés pour se moucher et ne parvient à expulser de sa narine droite qu'un peu de pus épais presque solide sentant très mauvais. Ces sécrétions sont quelquefois striées de sang, mais elle n'a jamais eu d'épistaxis à proprement parler.

Depuis assez longtemps déjà, elle accuse des troubles de l'odorat, n'ayant nullement la sensation de la puanteur des matières qu'elle mouche. Elle perçoit difficilement les odeurs.

Son état général n'est nullement affecté. Madame A... est cependant vivement préoccupée de son affection. Elle n'a pas maigri et n'a jamais dû s'aliter, n'ayant pas eu de fièvre.

Elle avait, jusqu'à l'année dernière, joui d'une très bonne santé, et nous dit n'avoir jamais été malade. Elle a eu trois enfants qui sont biens portants. Dans un interrogatoire on ne trouve aucun symptôme de syphilis.

A l'examen objectif nous notons une tuméfaction de la narine droite qui est rouge et un peu tendue, élargie.

Le tégument externe du nez du côté droit est aussi un peu tuméfié jusqu'à la racine de l'appendice nasal. Le rebord narinaire présente de petites ulcérations superficielles d'irritation banale. La pression au niveau de l'aile du nez est désagréable, indolore dans la fosse canine de même que dans l'angle interne de l'orbite et au niveau de la racine du nez.

La *rhinoscopie antérieure* permet d'apercevoir dans la

fosse nasale droite une tumeur rouge grisâtre, en pédicule, ayant nettement les caractères d'un polype muqueux. En le soulevant avec un stylet on aperçoit en arrière une masse jaunâtre, de consistance pâteuse qui se laisse pénétrer par la sonde exploratrice. On peut ainsi ramener de petits fragments de caséum d'odeur très fétide. La fosse nasale gauche est saine. Elle paraît cependant rétrécie par suite d'un léger refoulement du septum.

A la *rhinoscopie postérieure*, on aperçoit une masse gris-jaunâtre obstruant totalement la choane droite.

L'éclairage des sinus, avec la lampe de Furet, par la méthode d'Héryng ne révèle aucune obscurité. Les deux sinus maxillaires s'éclairent avec la même intensité. Il en est de même pour les sinus frontaux. On peut constater, la malade ayant la lampe électrique dans la bouche, que le côté gauche du nez est lumineux, alors qu'à droite on peut percevoir une ombre répondant à la fosse nasale droite.

On porte le diagnostic de polype de la fosse nasale droite, compliqué de rhinite caséuse.

Opération le 16 juin 1919. Après avoir insensibilisé par un badigeonnage de cocaïne à 1/15 l'entrée de la fosse nasale et le polype, on enlève celui-ci à l'aide d'un serre-nœud. On peut alors se rendre compte que la fosse nasale droite est complètement remplie d'une masse caséuse qui se monte exactement sur ses parois. A l'aide d'une curette on en détache facilement de gros fragments. L'opérateur et les personnes présentes sont incommodés par l'odeur repoussante qui se répand au cours de ses manipulations. On fait un lavage avec une seringue à hydrocèle et l'on ramène ainsi d'énormes portions de la masse caséuse, d'aspect moulé, recouvertes à leur superficie d'une sorte de membrane grisâtre. On

peut évaluer à la valeur d'un demi grand verre à boire ce qui est extrait de la fosse nasale.

Après nettoyage complet on aperçoit la muqueuse congestionnée, présentant par places, au niveau du septum surtout, quelques petites ulcérations superficielles. Le polype s'insérait dans le méat moyen, dans la région de la bulle. Celle-ci était atteinte d'ostéite et renfermait du pus caséeux. Curettage des cellules ethmoïdales antérieures également malades.

La ponction du sinus maxillaire permet de constater qu'il était sain.

On prescrit des lavages du nez à l'eau oxygénée faible.

La malade, revue le lendemain, se déclarait guérie et complètement soulagée.

Il fut impossible de faire examiner les matières caséuses qui ne furent pas conservées malgré les indications données.

OBSERVATION II

(de Maisonneuve (1863) résumée par Posiquet)

La malade, une bergère de vingt-un ans, à son entrée dans le service de Laugier (Hôtel-Dieu) le 3 novembre 1854, faisait remonter à la fin de janvier de la même année le début de sa maladie. Cette maladie avait commencé, sans cause connue, par une sorte d'érysipèle, suivant son expression. Tout le côté droit de la face devint rouge, gonflé, douloureux, et elle garda le lit trois semaines. Pendant ce temps, un abcès se forma et s'ouvrit seul au niveau du sac lacrymal droit. Cette ouver-

ture persista à l'état de fistule. La déformation du visage disparaissait quand il était sorti *de la matière* par la fistule. De temps en temps aussi, elle mouchait par la narine droite une matière jaunâtre et épaisse, ce qui la soulageait beaucoup et rendait sa respiration plus libre.

A son entrée dans le service de Laugier, la joue droite était très gonflée et très rouge, le bord droit du nez, depuis sa racine, était très élargi et soulevé, le globe oculaire était repoussé en dehors et un peu en haut. Au niveau du sac lacrymal on sentait une tumeur solide, de la grosseur d'une petite noix qui ne s'affaissait nullement à la pression. A la partie supérieure de la narine droite on apercevait une tumeur semblable par son aspect aux polypes si communs de cette région. Depuis le mois d'octobre, le passage de l'air était complètement supprimé de ce côté. La malade accusait, de plus, des pesanteurs de tête habituelles, des douleurs vives irradiant dans toute la moitié droite de la figure et dans les dents du même côté. La fosse canine était intacte, la voûte palatine ne présentait aucune saillie, le bord alvéolaire et les dents avaient leur disposition normale. Pour toutes ces raisons, Laugier pensa que la tumeur ne siégeait pas dans la cavité du sinus maxillaire, mais qu'elle avait pris naissance à la partie supérieure de la fosse nasale dans l'ethmoïde, qu'après avoir détruit l'os planum et l'unguis pour se développer dans l'orbite, elle était venue former sous la peau la saillie extérieure si apparente encore aujourd'hui. La physionomie générale et la marche de la tumeur, jointes à son accroissement rapide et aux douleurs vives qu'elle causait, donnèrent à penser qu'elle était de nature encéphaloïde. On fit un peu au-dessus de l'aile du nez une ponction avec un bistouri ; il ne s'écoula d'abord que du sang, mais bien-

tôt un tissu d'apparence fongueuse se montra entre les lèvres de cette ouverture qui, depuis, est restée fistuleuse. On jugea la tumeur cancéreuse et au-dessus des ressources de l'art. La malade, en se mouchant, rendit une fois une notable quantité de fragments, dont les uns étaient filamenteux et grisâtres, les uns molasses et s'écrasant comme du fromage mou. Dans la dernière quinzaine de son séjour à l'Hôtel-Dieu il survint un état aigu, suivi d'une collection purulente qui se vida par les deux fistules.

Le 18 décembre, elle quittait l'Hôtel-Dieu pour entrer à la Pitié dans le service de Maisonneuve. L'interne, Millard, sonde les deux fistules mais nulle part le stylet ne heurte d'os à nu. Le stylet pénètre avec la plus grande facilité dans la direction des fosses nasales : par la fistule inférieure, il s'enfonçait d'avant en arrière à une profondeur de près de dix centimètres ; la masse qu'il traversait semblait molle comme du beurre. Comme Laugier, Maisonneuve constata qu'il n'y avait pas de déformation de la voûte palatine, pas d'altération du bord alvéolaire, pas de tuméfaction au niveau de la fosse canine et en conclut que la tumeur ne devait donc pas siéger dans le sinus. En pressant sur la tumeur, il s'échappa par les deux fistules, et surtout par la narine droite une matière jaune pâle, très onctueuse, tout à fait comparable à de la crème très épaisse. La matière ainsi exprimée à diverses reprises, et qui semblait contenir beaucoup de graisse était en quantité considérable. Maisonneuve diagnostiqua un kyste butyreux de l'os maxillaire ; il fit pratiquer des lavages et la guérison marcha rapidement.

OBSERVATION III

(De Périer, 1879).

Un homme de 43 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut atteint, au mois de mars dernier, d'une bronchite suivie d'un coryza très intense. Il sentit la narine droite s'obstruer peu à peu et sécréter, en assez grande abondance, un liquide purulent et fétide. Au mois de juin, la fosse nasale droite est bouchée complètement, l'odorat a disparu tout à fait, non seulement à droite, mais aussi de l'autre côté. A partir de ce moment, il y eut céphalalgie intense, épiphora, conjonctivite légère de l'œil droit.

Un de nos anciens collègues d'internat, le docteur Saint-Laurent, crut à une affection organique de la fosse nasale et m'adressa son malade à l'hôpital Saint-Antoine. Je l'y vis le 1^{er} octobre, et je crus également à un épithélioma de la pituitaire. L'oblitération était complète à droite. La narine donnait écoulement à un liquide fétide et, après lavage, je voyais au fond du spéculum nasi un bourgeon rouge saignant qui avait l'aspect d'un polype. Je me proposais d'enlever la portion polypiforme afin d'explorer l'implantation et m'assurer du degré de possibilité d'une intervention opératoire curative.

Après avoir saisi ce bourgeon dans l'anse d'un polypotome et l'avoir sectionné, comme il ne sortait pas spontanément, je cherchai à l'extraire avec une curette que je ramenai chargée d'une matière blanche semblable à du fromage blanc. Je vis tout de suite que j'avais commis une erreur de diagnostic et que j'avais affaire à

un coryza casécux, affection rare observée par Maisonneuve, Verneuil, Guyon, Reverdin et signalée dans le traité de pathologie de Duplay. En effet, je pus, le jour même, extraire une assez grande quantité de matière caséuse; l'extraction fut favorisée par des lavages à grande eau. Après la deuxième opération, dans le courant de la journée, le malade rendit le reste du contenu de la fosse nasale. J'évalue approximativement le tout à la contenance d'un demi-verre d'eau. A partir de ce moment, le malade conserva le libre passage de l'air par le nez.

La muqueuse, sous l'influence d'injections de tannin à 1/200°, a cessé d'être rouge et fongueuse. L'odorat n'est pas encore revenu, mais le malade commence cependant à apprécier quelques odeurs; il y a donc lieu d'espérer voir la fonction se rétablir complètement.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une masse de graisse mêlée à des globules de pus et parcourue par un réseau de fibrilles semblables à des fibres élastiques. Je ne puis m'expliquer la nature de cette lésion; il aurait fallu pouvoir extraire la muqueuse elle-même et, malheureusement, le bourgeon charnu que j'avais excisé, a été perdu au milieu des magmas caséux rejetés par la malade.

OBSERVATION IV

(Beausoleil)

Le 18 juillet 1905, à la clinique de M. le professeur Moure (Hôpital Saint-André, de Bordeaux) se présente une femme de 29 ans, Marie J. tailleuse, qui se plaint de

violentes douleurs de tête, et de gêne de la respiration nasale du côté droit. Elle raconte qu'il y a un an environ elle eut de névralgies violentes vers le mois de juillet, et, à la même époque, s'aperçut que sa narine s'obstruait par moments. Cette gêne de la respiration s'accentua dans la suite et devint bientôt continue. En même temps, s'établit un écoulement séreux, puis muco-purulent ; elle moucha même quelques filets de sang vermeil. Pendant, l'hiver qui suivit, elle eut des période de céphalée nocturne et consulta un médecin qui la traita, dit-elle, pour une maladie nerveuse.

La rhinoscopie antérieure pratiquée montre une fosse nasale droite rouge, avec une muqueuse tuméfiée et suintante. le méat moyen est rempli de pus, et vers l'orifice postérieur on peut apercevoir une masse grisâtre et mamelonnée. Le côté gauche est à peu près normal, on y voit pourtant quelques petits amas muco purulents concrétés.

La rhinoscopie postérieure, le releveur de Schmidt étant en place, montre nettement les orifices choanaux. L'orifice droit est complètement obstrué par une masse irrégulière, gris verdâtre, s'étendant dans le cavum jusqu'à l'orifice de la trompe droite. Cette masse, qui réfléchit bien la lumière, donne plutôt l'impression d'une volumineuse croûte d'ozène que d'une tumeur. M. Moure, introduisant alors un stylet porte-ouate par l'orifice antérieur de la fosse nasale, parvient à mobiliser cette masse qui se détache assez facilement et tombe dans le naso-pharynx et de là, dans la cavité buccale, par derrière le voile.

Cette masse qui s'était moulée sur le cornet inférieur et en porte nettement l'empreinte, a une forme allongée, avec une dépression très nette correspondant à la queue

du cornet sur laquelle elle semble avoir pris naissance. De couleur jaune brun à sa périphérie, elle porte à sa partie postérieure naso-pharygienne une surface noir verdâtre tout à fait semblable aux grosses croûtes qu'on rencontre parfois chez les ozéneux. Elle exhale une odeur repoussante et se montre d'une consistance pâteuse, analogue à celle du fromage pourri.

Nous avons relevé avec soin ses dimensions qui sont les suivantes : longueur, quatre centimètres et demi (sens antéro postérieur suivant lequel la masse caséeuse était placée dans la fosse nasale) ; hauteur, deux centimètres ; épaisseur, un centimètre. L'ablation pratiquée laisse voir sur la queue du cornet inférieur une ulcération peu étendue de la muqueuse. Le cornet est augmenté de volume et la fosse nasale rétrécie. On termine cette courte opération par une irrigation nasale à l'eau oxygénée qui ramène encore quelques débris caséeux et la malade se trouve déjà très soulagée. En un mot, les choses se passent comme dans la plupart des cas de rhinite caséeuse où, selon l'expression de Cozzolino, le malade est guéri en deux heures.

On conseille pourtant à la malade de rester quelques jours à l'hôpital dans le cas où les symptômes observés chez elle seraient d'origine tertiaire. On la soumet donc au traitement bioduré tout en lui faisant faire quelques irrigations nasales boratées. Au bout de quatre jours, la malade se disant complètement guérie quitte l'hôpital, sans autre incident digne d'être noté. On lui recommande de continuer quelque temps son traitement.

Nous l'avons revue le 8 août, s'est-à-dire un peu plus de quinze jours après sa sortie de l'hôpital. Les fosses nasales sont complètement libres ; l'ulcération n'est plus visible bien que la malade n'ait pas continué après sa

sortie le traitement bioduré. Elle se plaint seulement de douleurs de tête. Depuis ce temps, elle ne s'est plus présentée à la clinique et nous avons lieu de croire que sa guérison s'est maintenue.

La masse caséuse enlevée fut examinée par Lannelongue et Buard, qui rencontrèrent d'une façon constante, dans toutes les croûtes, un même filament nycélien typique qui fut classé parmi les *aspergillus*. C'était l'*aspergillus malignus* de Lindt, qui fut rencontré pour la première fois dans l'oreille de l'homme par cet auteur en 1889.

OBSERVATION V

(De Bournonville)

Un charbonnier de soixante-douze ans, entre, le 22 juin 1883, à l'hôpital de Hudiksvall (Suède). Depuis les premiers jours du mois de novembre 1882, cet homme souffrait d'une obstruction de la fosse nasale droite et d'épiphora de ce côté. Il eût des douleurs vives dans le côté droit du front et du nez, dans l'œil, l'angle interne de l'œil, la mâchoire supérieure du même côté. Puis ces douleurs se calmèrent, mais, après cette rémission, qui fut d'assez longue durée, elle se reproduisirent, en mai 1883, et cette fois s'étendirent du côté gauche. Le 22 juin, le malade entra à l'hôpital, surtout à cause de l'affection de l'œil droit. La pression, sur le sac lacrymal, faisait sourdre dans le cul-de-sac conjonctival un liquide muqueux. On incisa les canalicules et, chaque jour, la sonde de Boromann fut introduite dans le canal nasal. Une particularité qui surprit, fut la facilité avec

laquelle la sonde pénétrait en bas et dedans et, une fois enfoncée, sa mobilité en tous sens.

Plus tard, une tumeur phlegmoneuse fluctuante se produisit de ce côté, au-dessus du sac lacrymal ; son contenu ne pouvait se vider par les canalicules. L'incision qui fut pratiquée donna issue à une quantité assez abondante de pus. Quelques jours après, un gonflement fluctuant se montra dans la région symétrique, c'est-à-dire au niveau de l'angle orbitaire interne supérieur gauche ; une pression exercée sur ce gonflement faisait sourdre du pus, non par les canalicules du côté gauche, mais par l'incision faite à droite. Cette tumeur fût, elle aussi, incisée ; il y eût ainsi, de chaque côté de la racine du nez, deux ouvertures fistuleuses, donnant issue à un pus épais, peu abondant, sentant mauvais. A droite et à gauche, le stylet pouvait être introduit à une certaine profondeur en haut, en dedans et en arrière. L'eau qu'on injectait par une des fistules ressortait en partie par l'autre, en partie par l'incision faite aux canalicules du côté droit et par les narines où encore passait dans la gorge. Le liquide ressortait trouble, exhalait une odeur désagréable et entraînait une foule de petits fragments caséeux. La fosse nasale droite restait toujours bouchée. Chaque jour, on poussa par les fistules des injections d'une solution d'acide borique et on fit, dans la fosse nasale, des lavages avec une solution faible de sel gris, tout cela sans amélioration notable. Mais, un jour, le médecin ayant introduit profondément le petit doigt dans la fosse nasale droite, le malade se mit à vomir et rendit par la bouche des masses grisâtres, analogues à du mastic sentant très mauvais, dont quelques-unes atteignaient le volume d'une noix. Le cornet inférieur avait disparu ; le sinus maxillaire communiquait avec la fosse

nasale par une ouverture large, livrant aisément passage au petit doigt. Il contenait des masses semblables, facilement appréciables au toucher. Deux de ces magmas furent encore entraînés, le même jour, par une irrigation nasale, après quoi l'air passa librement dans la fosse nasale et l'odeur fétide disparut. Deux jours après, le sinus maxillaire fut de nouveau exploré avec le doigt (!) il était vide. La fosse nasale gauche était normale.

La fistule située à droite de la racine du nez guérit rapidement. Mais les lavages qu'on continua de pratiquer par celle du côté gauche, ramenaient toujours par le nez des magmas caséeux, à odeur fétide. On agrandit l'ouverture, afin de pouvoir y introduire l'extrémité d'une grosse seringue et faire de grands lavages. L'exploration du sinus frontal pratiquée avec le réflecteur, montra qu'il ne restait de la cloison qui sépare les deux tissus qu'une crête peu saillante sur la paroi postérieure. Ces sinus redevenus complètement libres après l'évacuation de quelques petites lamelles osseuses nécrosées, la plaie guérit en une semaine et le malade fut congédié le 2 novembre 1883.

CONCLUSIONS

I. — L'affection décrite par Duplay sous le nom de coryza caséeux n'est point une entité pathologique. Elle correspond à un symptôme qui peut être commun à un groupement d'affections bien différentes.

II. — Les auteurs ont invoqué des théories pathogéniques diverses fondées sur la rétention purulente, la rupture de kystes folliculaires butyreux, le rôle joué par des bactéries ou même des champignons découverts dans l'examen microscopique des amas caséeux.

III. — L'affection se présente au début comme une rhinite banale et évolue vers l'obstruction nasale (généralement unilatérale) avec sécrétions épaisses et fétides. Elle est caractérisée objectivement par la constatation d'amas caséeux dans la cavité endo-nasale ou dans un sinus.

IV. — Le diagnostic est relativement aisé et facilité par la découverte des amas caséeux. Il ne peut offrir quelques difficultés qu'au début de la maladie.

V. — Le pronostic est bénin.

VI. — Le traitement consiste en l'extraction des masses caséuses par des lavages ou à la rigueur par un curetage. Sa guérison rapide est la règle.

BIBLIOGRAPHIE

- MAISONNEUVE. — Rhinite caséreuse, kyste butyreux de la face. (*Moniteur des Hôpitaux*, Paris, 1855.)
- VERNEUIL. — Coryza caséux, un cas. (*Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1859.)
- FOLLIN et DUPLAY. — Coryza caséux. (*Traité de pathol. externe*, 1874.)
- D'AZAMBUJA. — Coryza caséux, un cas. (*Bulletin de la Soc. de chirurg.*, 1879.)
- PÉRIER. — Coryza caséux, un cas. (*Bulletin de la Soc. de chir.*, 1879.)
- TRAENKEL. — Von Ziemssens. (*Houdbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, 1879.)
- JAMAIN et TERRIER. — (*Manuel de pathol. chir.*, 1881)
- MOURE. — (*Revue mensuelle de laryng.*, 1882.)
- BOURNONVILLE. — Coryza caséux, un cas (*Centralbl. f. chirurg.*, 1885.)
- CAZZOLINO. — Corizza caseosa. (*Bollett. delle malatt. dell' orecchio, della gola e del naso*. (Florence, 1884.
- ALBERT. — (*Zehrbuch der chir.* 1884.
- TILLAUX. — *Traité de chirurgie clinique*, 1887.
- CATTA-PRETA. — Sobre un caso de coryza caseosa. (*Brazil med.* Rio-de-Janeiro 1887.)
- KIRMISSON. — *Manuel de pathol. externe*, 1888.

- KOENIG. — *Traité de pathologie chir. spéc.* (Traduct. Comte 1888.)
- COZZOLINO. — Rhinite caséuse ou colestéatomateuse. (Congrès franç. de chir. *Procès-verbal*, Paris 1889-90.)
- Rhinite caséuse ou colestéatomateuse. (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx, etc.* Paris 1889)
- POSIQUET. — Etude critique sur le coryza caséux. (*Gazette des Hôpitaux*, 1889.)
- SINDT. — Ueber
- MANDROUX. — Contribution à l'étude du coryza caséux. (*Thèse de doctorat*, Paris. 1890.)
- WAGNIER. — Coryza caséux (rhinite colestéatomateuse). (*Revue de laryng.*, Paris 1890.)
- BORIES. — Nature du coryza caséux. (Congrès français de chirurg. *Procès-verbal*, Paris, 1889-90.)
- ZARNIKO. — (*Deutsch med. Wochenschi*pe 1891.)
- NYULASY. — A case of rhinitis caseosa. (*Australas med. Journ.* Melbourne, 1892.)
- STRAZYA. — Ancora un caso di cosiddetta rinite caseosa. (*Bollett. delle malatt. dell' orecchio*. Florence, 1893.)
- M^{me} BRIDÉ. — Coryza caseosa. *British med. Journ.* Londres, 1894.)
- MATTEI. — Rinite caseosa. (*Bollett. malatt. delle orecchio*. (Florence, 1894.)
- CIMMINO. — Contribuzione clinica alla rinite caseosa o colestéatomatosa. (*Bollett. d. malat. dell' orecchio*. Florence, 1894.)
- ARSLAN. — Un caso di cosiddetta rinite caseosa. (*Arch. ital. di otol.* Turin, 1895.)

- BEAUSOLEIL. — Etude sur l'étiologie et la pathogénie du coryza caséeux. (*Revue de laryng.* Paris, 1895.)
- Masse caséreuse retirée des fosses nasales. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1896.)
- MATTEI. — Su di un caso di rinite cascosa. (*Arch. ital. di laring.* Naples, 1896.)
- RENON. — Etude sur l'aspergillose chez les animaux et chez l'homme, 1897.
- MARTUSCELLI. — Rhinite caséreuse vraie et pseudo-rhinite caséreuse. (*Arch. ital. di laring.* Naples, 1899.)
- MASINI. — Sulla rinite caseosa. *Ann. di laring ed otol.* Gènes, 1900.)
- CARTAZ. — Rhinite caséreuse. (*Traité de méd. et therap.* de Gilbert et Brouardel, 1900.)
- GUARUACCIA. — Ancora sulla rinite caseosa. (*Arch. ital. di laring.* Turin, 1901.)
- ROSA (DE). — Parata e riposta proposito della rinite caseosa. *Arch. ital. di otol.* Turin, 1901.)
- Rinite caseosa. (*Arch. ital di otol.* (Turin, 1901.)
- BARK. — Rhinite caséreuse. (*Journ. of laryng.* Londres, 1903.)
- DARDEL. — Des difficultés de diagnostic de la rhinite caséreuse au début. (*Bull. Soc. franc. de laryng.* Paris, 1905.)
- DUVERGER. — Aspergillose des fosses nasales et coryza caséeux. (*Revue hebd. de laryg.* Paris, juin 1906.)
- MOURE. — Guide pratique des maladies du larynx, du nez et des oreilles. Paris, 1908.)
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	7
Historique.....	8
Etiologie et Pathogénie.....	11
Symptomatologie et Évolution.....	14
Diagnostic et Pronostic.....	17
Traitement.....	19
Observations.....	21
Conclusions.....	34

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 24 juillet 1919
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuve.
Montpellier, le 24 juillet 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
